



**CANCINO RAMOS ADRIANA
GUADALUPE**

**DRA. JANETH DEL ROCIO ALFONZO
MALDONADO**

ENTREGA DE “HISTORIA CLÍNICA”

BIOÉTICA Y NORMATIVIDAD

PASIÓN POR EDUCAR

3º “C”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 14 de septiembre del 2021.

Historia Clínica

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ,
CHIAPAS. FECHA: 14/04/2022

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE Adriana Guadalupe Cancino Ramos EDAD 19
SEXO F (M) NACIONALIDAD Mexicana EDO. CIVIL soltera
OCUPACIÓN Estudiante ORIGEN Comitán de Domínguez
RESIDENCIA Comitán de Domínguez TELÉFONO 9631574153 TIPO SANGUÍNEO A
RH + DOMICILIO Las Robles m. 6 lote 6
CONTACTO DE EMERGENCIA Madre: 9631246510 RELIGIÓN catolica

2.- SIGNOS VITALES:

TEMP 37.5 PESO 65 ALTURA 1.65 FRECUENCIA CARDIACA 75 lpm PRESIÓN ARTERIAL 120/80

• Antecedentes

3.- HEREDO FAMILIARES (PADRES, HERMANOS, ABUELOS, TÍOS)

TUBERCULOSIS	Desconoce	NEFROPATÍAS	Tíos
DIABETES MELLITUS	Tíos Paternos	ENF. ENDOCRINAS	Tíos
HIPERTENSIÓN	Tíos	CHAGAS	Desconoce
CARCINOMAS	Desconoce	EPILEPSIA	Tíos
CARDIOPATÍAS	Abuelos	HEPATITIS	Desconoce
HEPATOPATÍAS	Tíos	ENF. HEMATOLÓGICAS	Desconoce
SÍFILIS	Desconoce		

OTROS _____

4. - PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Ha experimentado con alguna de estas enfermedades?	SI	NO	ESPECIFICACIÓN
Chagas		/	
Hepatitis		/	
Paludismo		/	
Brucelosis		/	
Tuberculosis		/	
Diabetes		/	
Hipertensión		/	
Cardiopatías		/	
Prostatitis		/	

Historia Clínica

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ,
CHIAPAS. FECHA: 14/09/2022

¿Ha hecho alguna de las siguientes actividades recientemente?	SI	NO	ESPECIFICACIÓN
Consumo de algún medicamento	/		Omeprazol, ibuprofeno, paracetamol
Perforaciones (Menor a 1 año)		/	
Tatuajes (Menor a 1 Año)		/	
Relaciones Sexuales con sexoservidor@s		/	
Reacciones Post-Donación		/	
VIH		/	

5. - GINECO - OBSTETRICOS

MENARCA 12 GESTAS 0 PARTOS 0 CESARIAS 0 ABORTOS 0

CICLO MENSTRUAL Irregular LACTANCIA (SI) (NO) (TIEMPO) no aplica/negados

UFC 09/09/22 MÉTODO ANTICONCEPTIVO (SI) (NO) (CUAL) no aplica/negados

6. - TOXICOLOGIAS

TABACO (SI) (NO) FRECUENCIA Negado ALCOHOL (SI) (NO)

FRECUENCIA: Negado OTRAS TOXICOMANÍAS: (SI) (NO)

TIPO Negados FRECUENCIA Negado

7. - ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

QUIRÚRGICOS (TIPO Y FECHA) Negado

TRAUMATICOS (FECHA Y TIPO) Negados

TRANSFUSIONES (FECHA Y QUE) Negados

HIPERSENSIBILIDAD / ALERGIAS Sulfá y trimetopim

INMUNIZACIONES BÁSICAS (FECHA Y TIPO) más reciente Covid 3era dosis

DONADOR SANGUÍNEO (SI) (NO) TIPO DE DONACIÓN: FAM ALTRUISTA Negados
 AUTÓLOGA AFÉRESIS OTRA (FUD)



*Formato de
historia
clinica*

Historia Clínica

Comitán de Domínguez,
Chiapas. Fecha: / /

1.- Ficha de identificación

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO (F) (M) NACIONALIDAD _____ EDO. CIVIL _____
OCUPACIÓN _____ ORIGEN _____
RESIDENCIA _____ TELÉFONO _____ TIPO SANGUÍNEO _____
RH _____ DOMICILIO _____
CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELIGIÓN _____

2.- Signos Vitales:

TEMP _____ PESO _____ ALTURA _____ FRECUENCIA CARDIACA _____ PRESIÓN ARTERIAL _____

• Antecedentes

3.- Heredo Familiares (padres, hermanos, abuelos, tíos)

TUBERCULOSIS	NEFROPATÍAS
DIABETES MELLITUS	ENF.ENDOCRINAS
HIPERTENSIÓN	CHAGAS
CARCINOMAS	EPILEPSIA
CARDIOPATÍAS	HEPATITIS
HEPATOPATÍAS	ENF. HEMATOLÓGICAS
SÍFILIS	

OTROS _____

4. - Personales Patológicos

¿Ha experimentado con alguna de estas enfermedades?	SI	NO	ESPECIFICACIÓN
Chagas			
Hepatitis			
Paludismo			
Brucelosis			
Tuberculosis			
Diabetes			
Hipertensión			
Cardiopatías			
Prostatitis			

Historia Clínica

Comitán de Domínguez,
Chiapas. Fecha: / /

¿Ha hecho alguna de las siguientes actividades recientemente?	SI	NO	ESPECIFICACIÓN
Consumo de algún medicamento			
Perforaciones (Menor a 1 año)			
Tatuajes (Menor a 1 Año)			
Relaciones Sexuales con sexoservidor@s			
Reacciones Post-Donación			
VIH			

5. - Gineco – Obstétricos

MENARCA _____ GESTAS _____ PARTOS _____ CESARIAS _____ ABORTOS _____

CICLO MENSTRUAL _____ LACTANCIA (SI) (NO) (TIEMPO) _____

UFC _____ MÉTODO ANTICONCEPTIVO (SI) (NO) (CUAL) _____

6. - Toxicologías

TABACO (SI) (NO) FRECUENCIA _____ ALCOHOL (SI) (NO)

FRECUENCIA: _____ OTRAS TOXICOMANÍAS: (SI) (NO)

TIPO _____ FRECUENCIA _____

7. - Antecedentes Personales Patológicos

QUIRÚRGICOS (TIPO Y FECHA) _____

TRAUMÁTICOS (FECHA Y TIPO) _____

TRANSFUSIONES (FECHA Y QUE) _____

HIPERSENSIBILIDAD / ALERGIAS _____

INMUNIZACIONES BÁSICAS (FECHA Y TIPO) _____

DONADOR SANGUÍNEO (SI) (NO) TIPO DE DONACIÓN: FAM _____ ALTRUISTA _____

AUTÓLOGA _____ AFÉRESIS _____ OTRA _____ (FUD) _____